UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935 — N° 100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER BILATÉRAL DU SEIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1934

PAR

Jean LASSERRE

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Bordeaux (Gironde), le 4 Mars 1910

Examinateurs de la Thèse :

MM. JEANNENEY, professeur ... *Président*

RÉCHOU, professeur ... *Juges*

LOUBAT, agrégé ... *Juges*

WANGERMEZ, agrégé ... *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

143, Rue d'Arès

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935 — N° 100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER BILATÉRAL DU SEIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1934

PAR

Jean LASSERRE

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Bordeaux (Gironde), le 4 Mars 1910

Examinateurs de la Thèse

MM. JEANNENEY, professeur .. *Président*

RÉCHOU, professeur ..... *Juges*

LOUBAT, agrégé ..... *Juges*

WANGERMEZ, agrégé .... *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

143, Rue d'Arès

1934

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC.
Assesseur..... M. GUYOT.
Doyen honoraire ..... M. SIGALAS,

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH

RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	SABBAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL	Clinique des maladies nerveuses et mentales....	ABADIE
Hygiène.....	LEURET.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie ..	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX
Chimie	CHEVALIER.	Clinique dentaire.....	CAVALIE.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.		
Pharmacie	DUPOUY		
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL		
Médecine expérimentale..	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.		

LACOSTE (Histologie), PÉRY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales)

PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGREGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER. LOUBAT.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE.
Physiologie	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale.....	DAMADE. PIECHAUD DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
		Physique médicale.....	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie...	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

			MM.
Physiologie.....	MM. FABRE.	Puériculture	FAUGERE
Médecine opératoire	PAPIN.	Pharmacie chimique	VITTE.
Accouchements	PÉRY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET		
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

Bien faible témoignage de gratitude pour les sacrifices qu'ils se sont imposés pour nous permettre d'achever nos études.

A MON FRERE

Gage d'affection.

A MON ONCLE, A MA TANTE

Qui nous ont accueilli à leur foyer au début de nos études.

A TOUS LES MIENS

A MES VIEUX AMIS D'ENFANCE

RAYMOND GORIN

Licencié ès-lettres, qui a bien voulu nous aider de ses connaissances de la langue anglaise pour la documentation de ce travail.

LE DOCTEUR MARCEL PREVOT

Dont j'ai partagé si longtemps les joies et les peines.

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Médecin en Chef BRUN,

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction Publique,
Croix de Guerre.

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN,

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales.
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A mon Maitre et Président de Thèse

Monsieur le Professeur G. JEANNENEY,

Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le cancer,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre.

AVANT-PROPOS

Nos premiers mots seront de remercier tous ceux qui nous ont soutenu et conseillé pour la réalisation de ce travail. Nous garderons une profonde reconnaissance à nos maîtres de la Faculté et de l'Ecole de Santé Navale, à qui nous devons notre formation médicale.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur Jeanneney dont nous avons apprécié le bienveillant enseignement, et qui, au cours de ce travail, bien que très pris par ses obligations professionnelles, nous a toujours fort aimablement reçu. Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

Nous remercions également le Professeur Réchou dans le service duquel nous avons été très bien accueillis, de même le docteur Jean Villar, qui a bien voulu nous communiquer une très belle observation personnelle ; enfin, notre vieux camarade, le docteur Charles Renon qui reste pour nous le grand ancien, nous ayant si souvent soutenu pendant nos années d'étudiant.

INTRODUCTION

Avant de nous lancer dans le vif du sujet, nous nous croyons obligés d'en préciser quelques points. Nous nous occuperons du cancer bilatéral du sein, c'est-à-dire des tumeurs malignes pouvant atteindre cet organe. Nous laisserons systématiquement de côté toute classification histologique, ne faisant dans cette étude que les distinctions suivantes :

Cancer bilatéral d'emblée;

Cancer secondaire, sorte de métastase d'une tumeur siégeant dans l'autre sein (caractérisée anatomo-pathologiquement par le même type cellulaire);

Cancers doubles indépendants l'un de l'autre, à type cellulaire et à évolution clinique totalement différents.

GENERALITES

« Le cancer double des mamelles est assez rare. » Ainsi débute l'article relatif à cette question dans l'ouvrage classique de L. Dentu et Delbet. Cette appréciation se base sur les quelques statistiques suivantes :

Gross	2	sur	1664 cas.
Nehr Korn	5	»	100 »
Handley	5	»	100 »

H.-M. Moran, dans « Health Cancer Supplement », donne les chiffres suivants :

Delbet	10	sur	253 cas	- 3, %
Villata	3	»	231 »	- 1,6 %
Wainwright	3	»	336 »	- 0,9 %
Braine et Massie	22	»	722 »	- 3, %
Williams	98	»	1400 »	- 7, %

Dans ce même ordre sont les chiffres relevés à Paris par Dessaint dans sa thèse :

Hartmann	28	sur	421 cas	- 1,2 %
Grégoire	1	»	44 »	- 0,5 %
Lenormant	2	»	250 »	- 0,8 %
Fredet	2	»	116 »	- 1,8 %
Delbet	10	»	353 »	- 3, %
Wainwright (Chicago) ...	3	»	336 »	- 0,9 %
Brami et Mamé (Londres)	22	»	722 »	- 3, %

Nous pouvons donc, en comparant ces chiffres, établir l'atteinte des deux seins dans 2 % environ des cas. Cependant, si l'on en croit les statistiques de Handley, faites à Middlesex Hôpital, où les malades sont admis dans un état beaucoup plus avancé de leur maladie, l'atteinte des deux seins serait beaucoup plus fréquente, et cet auteur donne alors le chiffre de 18 %, dont 7 % de ces malades présentaient une adénopathie croisée. Ce serait donc le fait d'une exérèse totale de la tumeur siégeant dans un sein d'empêcher l'envahissement secondaire de l'autre sein. Ces faits sont très acceptables et cadreraient très bien avec le cas que nous rapportons dans notre observation n° IV qui est celle d'une malade actuellement en traitement au centre anti-cancéreux de Bordeaux.

ETIOLOGIE

L'étiologie des cancers doubles du sein est d'abord celle des cancers unilatéraux et comme telle, il faut le reconnaître, elle est encore dans l'état actuel de nos connaissances très imprécise.

Traumatisme. — le rôle du traumatisme est certainement nul; il n'existe aucune observation où un cancer se serait développé à la suite d'un coup. Bien des malades, cependant, de bonne foi, se sont aperçues de leur tumeur après un traumatisme. Dans ce cas, il faut croire que ces malades ont eu leur attention attirée sur leur sein et y ont découvert une tumeur pré-existante.

Les petits traumatismes, répétés fréquemment, auraient une action beaucoup plus directe (*Encyclopédie médico-chirurgicale*); on a cité l'influence de corsets rigides, dans le développement des noyaux de mammite chronique dont les relations avec le cancer sont bien établies.

Grossesse et lactation. — Ces deux facteurs ont une influence très discutée et sans doute nulle (*Encyclopédie médico-chirurgicale*). Il en est bien autrement dans les mastites carcinomateuses bilatérales aiguës où la lactation et la grossesse impriment une si terrible allure à la tumeur.

Hérédité. — Baumgartner, Delbet ont publié récemment des

observations de familles décimées par le cancer. Cependant, ce ne sont que des cas isolés. Miss Maud Slye démontre, en étudiant des lignées de souris cancéreuses, que le cancer obéit aux lois de l'hérédité mendélienne, ayant un caractère héréditaire récessif, c'est-à-dire tendant à s'effacer par croisement avec des individus sains.

On ne peut en conclure rien de net pour l'homme où les croisements entre les descendants d'une même souche sont impossibles dans nos conditions sociales.

Nous ne nous attarderons pas sur les autres causes de cancer qui ne semblent reposer sur aucune base bien stable et qui sortiraient du cadre de cette étude.

PATHOGENIE

Nous n'avons aucune prétention d'élucider dans cette étude le mystère pathogénique du cancer. Nous nous proposons simplement de passer en revue rapidement les diverses théories énoncées jusqu'à ce jour sur le sujet.

Trois principales théories ont été énoncées à propos de la pathogénie du cancer; suivant les auteurs, cet état pathologique reconnaîtrait une origine :

Embryonnaire;

Microbienne ou parasitaire ;

Cellulaire.

Enfin, en dernier lieu, s'ajouterait un facteur terrain.

A) *Théorie embryonnaire.* — Connue de tout le monde est la théorie dite embryonnaire de Conheim, Letulle, Ribbert.

Conheim en particulier se base sur des faits assez caractéristiques, notamment la cancérisation des nœvis, des branchiomes.

Lory publie un cas de tumeur végétante endokystique ayant comme point de départ un reliquat de la glande mammaire.

D'ailleurs, si nous avons bien compris le fond de la pensée de notre Maître, le Professeur Jeanneney, nous pouvons dire que dans le cas particulier qui nous occupe, l'apparition d'un cancer double d'emblée du sein pourrait être en rapport avec une véritable dysembryoplasie.

Maud Slye, étudiant les cancers familiaux, conclut à la nécessité de deux facteurs pour la production du cancer :

a) Une susceptibilité héréditaire à la maladie;

b) Une irritation portant sur les tissus prédisposés au cancer.

Cette idée assure la transition entre les théories héréditaires et irritatives.

Théories microbiennes. — Seraient évidemment très séduisantes pour notre cas particulier et pour dire plus, le cancer double du sein serait un argument en faveur de cette théorie: un agent microbien attaquant deux glandes similaires et également réceptrices à son action. Mais alors pourquoi cette proportion si infime de prises bilatérales alors que le cancer du sein est si fréquent.

Périodiquement, par les revues médicales, par la grande presse elle-même, on apprend la découverte et l'isolement du germe pathogène du cancer. Nous ne rappellerons que pour mémoire la découverte de John Nuzum, de Chicago; de Glover et James Young qui avaient isolé un germe vivant dont l'inoculation à l'animal amènerait l'apparition d'une tumeur identique. D'eux-mêmes ces faits sont rentrés dans l'ombre, incapables de se suffire.

A ces théories microbiennes du cancer s'oppose l'évolution de cette affection qui est l'opposé peut-on dire des phénomènes inflammatoires. Seule, l'évolution de la carcinomatose aiguë bilatérale serait comparable à celle d'une maladie infectieuse; étant accompagnée d'une rougeur diffuse de la peau, avec des phénomènes généraux importants, une fièvre élevée. Il n'y a là qu'une simple apparence; ces tumeurs se développant dans des glandes en pleine activité fonctionnelle, chez des femmes jeunes en période de lactation.

Plus satisfaisante serait l'opinion de Carrel qui cadrerait bien avec l'évolution d'un cancer double ayant comme point de départ une maladie de Reclus, affection qui, on le sait, est bilatérale et dont nous rapporterons plus loin les observations.

Cet auteur admet que des substances toxiques, dans un sérum normal, peuvent avoir une action sur les cellules d'un

champ d'inflammation chronique de la même façon que le goudron injecté dans le courant sanguin, agirait sur le tératome bénin du poulet. Cette théorie serait admissible pour un certain nombre de cas où l'examen clinique ou anatomo-pathologique permet de déceler une altération ou une tumeur bénigne pré-existante, mais que penser d'elle dans les cas où le cancer se développe dans une glande parfaitement saine?

Théorie de la sélection cellulaire pathologique. — Le Professeur Ménétrier, dans un article du *Monde Médical* (juin 1924) différencie tout de suite le cancer de l'infection ordinaire par le fait que l'envahissement de l'organisme n'est pas provoqué par des éléments parasites étrangers, mais bien des éléments autochtones, des cellules mêmes de nos tissus. « Voilà ce qui caractérise le cancer et qui ne se rencontre en aucune autre forme morbide. »

Cet auteur établit sa conviction sur les faits suivants: « Nous savons aujourd'hui produire le cancer, le faire apparaître chez un animal, sain au début de l'expérience, et celà par des procédés multiples, non spécifiques et qui, tous, peuvent être interprêtés comme agissant par le moyen d'irritations répétées pendant un temps très long sur les tissus et y déterminant ainsi les modifications cellulaires par lesquelles se marque l'évolution cancéreuse. »

C'est donc en définitive la théorie irritative qu'il faut compléter par la conception de la sélection cellulaire pathologique. L'auteur examinant des tissus soumis aux processus irritatifs longtemps prolongés, a vu se produire notamment des modifications épithéliales consistant surtout en « une réduction du type cellulaire et la perte des apparences de différenciation fonctionnelle. » Par contre, ces cellules semblent alors douées de « propriétés végétatives énergiques. » La sélection opèrerait en choisissant les qualités des aptitudes réactionnelles et prolificatives qui sont à un certain degré présentes dans toutes les cellules, mais toutes ne les possèdent pas à un degré suffisant pour réaliser l'hyperplasie, la tumeur, le cancer.

Cette théorie admettrait donc un lien direct entre les états pathologiques, mammites, adénomes... Cependant, si l'on en croit les statistiques, on voit que les cancers du sein sont très rares :

a) Par rapport aux irritations mécaniques;

b) Chez les femmes ayant normalement allaité.

On est aussi frappé du nombre relativement considérable de mammites chroniques ou d'adénomes en face des cancers rencontrés, nouveaux points sur lesquels la théorie irritative pure peut se montrer en défaut.

Le facteur terrain. — Dans un article publié dans les *Archives Espagnoles de Médecine*, Roffo fait une synthèse des constatations actuelles à propos des modifications physico-chimiques d'un organisme cancéreux. Et cet auteur conclut nettement que c'est dans cette voie que doivent s'engager les recherches si l'on veut arriver à percer le mystère du cancer.

Dans le sang du cancéreux, dit cet auteur, s'observent des modifications chimiques qui se produisent en premier terme par une augmentation des lipoïdes et en particulier de la cholestérine; de plus, augmentation des globulines et modifications de la teneur en acides aminés, acide lactique, glucose. De même, des modifications apparaissent dans le système physico-chimique avec une légère augmentation du Ph. et diminution de la tension superficielle.

Cet auteur écrit que le cancer ne doit pas être considéré comme un processus simple, mais une altération du métabolisme bio-chimique. C'est par la connaissance de ces modifications, dit-il, qu'on arrivera à diagnostiquer le stade pré-cancéreux.

Si dans le sang des cancéreux on arrivait à mettre en évidence l'existence d'une réaction spécifique, on aurait fait faire un grand pas à la cancérologie et l'étiologie, et le traitement des tumeurs malignes en serait considérablement simplifié.

C'est là que la question se soude intimement à l'étude d'un terrain cancéreux. C'est l'étude de la constitution physico-

chimique de l'organisme qui doit révéler la nature du processus cancéreux et non l'étude seule de la cellule du cancer. La maladie cancer est une maladie générale, déprimant l'organisme tout entier; la cachexie en est la manifestation évidente; pourquoi se cantonner dans l'étude de la « maladie locale », la tumeur elle-même, qui ne serait que conditionnée par une diathèse qui serait à son origine.

L'importance du terrain sur le développement de la tumeur semble démontrée par les faits expérimentaux suivants:

a) Variations suivant les conditions naturelles: âge, race, genre de vie;

b) Conditions artificielles, modifications de la nutrition et retentissement sur l'état physico-chimique de l'organisme (lipoïdes, rapport K/Ca, agents réducteurs, réserve alcaline);

c) Facilité plus ou moins grande à provoquer le cancer expérimental chez différentes espèces animales;

d) Possibilité de retarder l'apparition du cancer expérimental en modifiant le terrain;

e) Modifications produites par les intoxications chroniques et processus inflammatoires, ainsi que l'évolution particulière du cancer au cours de la grossesse.

Et Roffo conclut en ces termes : « Le facteur terrain prend une importance particulière, et c'est dans cette voie que doivent s'intensifier toutes les recherches non seulement dans le but de mieux connaître l'étiologie et la pathogénie des tumeurs, mais aussi dans le but de diagnostiquer et de comprendre l'état précancéreux qui seul nous permettra de trouver la vraie prophylaxie du cancer.

Cancer et complexe endocrinien. — Toujours dans le cadre du cancer considéré comme maladie générale, essayons d'étudier la glande mammaire dans ses rapports avec les autres glandes de l'organisme. Le sein serait sous la dépendance de diverses sécrétions endocrines, en particulier de sécrétions hormonales venues de l'ovaire, de l'utérus gravide. Ces idées se basent sur des données expérimentales que nous n'avons

pas à étudier ici. On retrouve ces faits invoqués pour expliquer nombre de cas pathologiques. Erlich insiste sur la fréquence des cancers du sein lors de la ménopause. Le Dentu et Morestin terminent ainsi une observation dans laquelle ils étudient la co-existence d'une lésion mammaire et ovarienne: « Nous ne pouvons qu'être frappés des relations entre ces phénomènes génitaux qu'ils soient d'ordre physiologique ou d'apparence pathologique, et l'envahissement possible d'un cancer bilatéral. » C.-W. Stelle relate le cas d'une tumeur du sein chez un homme accompagnant une tumeur du testicule droit, à tel point que cet auteur insiste sur la nécessité d'examiner la région mammaire des sujets porteurs d'une tumeur des testicules. Dans notre observation n° I, publiée par le professeur Jeanneney nous relevons également : «...Découverte de deux nodules du volume d'une petite noisette qui, à chaque période menstruelle, grossissent et deviennent douloureux. »

Tous ces faits, qui ne sont plus contestés par personne, ont eu comme conséquence thérapeutique, les tentatives d'irradiation des ovaires dans les cancers graves du sein, et en particulier dans la mastite-carcinomateuse aiguë des nourrices.

RELATIONS ENTRE LES DEUX TUMEURS

Propagation par les lymphatiques de la peau. — Il semble que seul le squirrhe pustuleux puisse se propager directement d'un sein à un autre. En effet, ce néoplasme progresse par multiplication et extension de ses pustules qui se font jour au niveau de la peau qu'elles infectent de proche en proche. On sait, depuis les travaux et les expériences de Reiffel, Poirier, Gérota, qu'il il y a entrecroisement sur la ligne médiane des lymphatiques profonds de la peau du sein. Ces auteurs, poussant une injection de mercure dans la partie interne du sein droit, ont vu le mercure filer jusque dans les ganglions axillaires gauches. Voilà donc pour ce cancer, en particulier, une explication possible de la propagation au deuxième sein.

Propagation par continuité. — Dans les autres cas de cancer, il peut y avoir généralisation par continuité, par infiltration des tissus environnants grâce à des prolongements parfois visibles à l'œil nu, mais le plus souvent microscopiques. Delbet aurait parfois rencontré quelques cellules cancéreuses dans des coupes, sans rien de cliniquement appréciable. Les cellules circuleraient dans les espaces lacunaires du tissu conjonctif de la glande et traversant la ligne médiane iraient infecter la glande voisine.

Généralisation par voie sanguine. — Cette théorie permettrait de comprendre facilement l'infection du deuxième sein

par une sorte d'embolus constitué par des cellules cancéreuses détachées du sein cancéreux et véhiculées par le torrent sanguin, soit par la voie veineuse régionale (anastomoses pré et rétro-sternales), soit par la grande circulation. Delbet a montré l'invasion des vaisseaux sanguins par certains cancers qu'il appelle hémophiles. Handley combat énergiquement cette théorie, se basant sur la rareté du cancer pulmonaire, où les cellules libres devraient certainement s'arrêter et provoquer l'apparition d'un néoplasme du poumon. Cependant, Parkes, Weber, Schwarz et Hellenschmied ont publié dans le *British Médical Journal*, le cas d'une femme porteuse d'une tumeur mélanique, ayant accouché d'un enfant qui, huit mois après, fut hospitalisé pour hypertrophie du foie et qui mourut un mois plus tard. L'autopsie permit de trouver un foie énorme bourré de noyaux de tumeur mélanique. D'après cette observation on est bien obligé de tenir compte de la voie sanguine, qui, dans ce cas, est seule responsable de la transmission de la tumeur.

Généralisation par voie lymphatique. — Pour Handley, l'envahissement du sein opposé est dû à la « permeation lympathique ». Les cellules cancéreuses, non seulement circulent avec la lymphe, mais aussi sont nourries par elle. Or le système lymphatique de la région mammaire semble constituer un terrain de prédilection pour le développement des cellules cancéreuses. Amenées aux relais ganglionnaires axillaires, sous et sus-claviculaires, les cellules cancéreuses gagnent le canal thoracique et de là se répandent dans tout l'organisme. Dans le cas qui nous occupe, pour que se produise l'envahissement du sein opposé, il faut qu'il y ait « pénétration » des ganglions axillaires de ce sein par les cellules cancéreuses (adénopathie croisée) et de là, par embolie rétrograde, infection de la glande elle-même. Ces idées sont évidemment très contestées et Mornard, suivant Delbet, aurait injecté cent glandes mammaires et jamais n'aurait vu l'injection passer du côté opposé. Delbet

ajoute que quand il y a adénopathie croisée, l'envahissement s'est fait par voie sanguine.

En conclusion, on voit combien est contestée cette propagation directe d'une tumeur du sein au sein opposé. Elle n'est admissible, comme nous l'avons déjà dit, que dans le cas du squirrhe pustuleux, et aussi dans le cas où la deuxième tumeur présente les mêmes caractéristiques tant au point de vue clinique qu'au point anatomo-pathologique.

Beaucoup plus nombreux sont les auteurs qui ne voient aucune relation entre les deux cancers. En recherchant les opinions diverses à ce sujet, nous avons trouvé divers arguments qui plaident en faveur de cette hypothèse :

1° La première atteinte cancéreuse ne confère pas l'immunité cancéreuse;

2° Le plus souvent la deuxième tumeur s'est présentée avec les apparences d'une tumeur primitive. Souvent même, le deuxième cancer a une structure histologique différente de celle du premier;

3° « Les organes les plus exposés au cancer primitif sont précisément ceux où les cancers métastatiques sont de beaucoup les plus rares. » (Heurteaux).

4° Enfin, la différence de structure histologique entre la première et la deuxième tumeur, notion sur laquelle nous avons déjà insisté.

Quelles sont donc, alors, les causes de la bi-latéralité des lésions.

On peut, avec Dessaint, incriminer divers facteurs

« Il y a dans chaque sein inoculation du germe de nature inconnue du cancer. »

Mais alors, dans ce cas, pourquoi la rareté de la prise bilatérale du sein, alors que l'unilatéralité est la règle? Nous croyons qu'il faut voir là une déficience particulièrement accentuée du terrain, et il serait intéressant, comme le voudrait

Roffo dans l'article que nous avons mentionné plus haut, d'étudier les réactions biologiques de ces malades atteintes d'un cancer bilatéral. Pour qu'il y ait production d'un cancer bilatéral du sein, il faut qu'il y ait déficience au même degré des deux glandes. Or, cette déficience est rarement simultanée, d'où la rareté d'une prise bilatérale du sein.

Beaucoup plus simple est le cas où le cancer double du sein est précédé par une affection bénigne, chronique et bilatérale, de cet organe. C'est ce qui ressort de l'observation publiée par Rousset et M^lle^ Gasne dans les *Annales d'Aanatomie Pathologique de Paris*. Il s'agit d'une malade de 47 ans, qui présente depuis huit années un écoulement séro-sanguinolent par les mamelons droit et gauche. Cette malade est amputée du sein gauche, et on fait une biopsie au niveau d'un nodule contenu dans le sein droit. Voici le compte rendu de l'examen de la pièce:

Sein gauche :

Le sein est atteint d'un épithélioma paraissant pouvoir être rattaché à l'évolution maligne de la maladie de Reclus (Moulonguet).

Sein droit :

Les canaux excréteurs, qui sont de faible calibre, sont réunis en amas, sortes de lobules dans lesquels on voit fort peu ou pas du tout d'acini. C'est d'ailleurs un aspect fréquent de la maladie de Reclus.

Cette cancérisation de la maladie de Reclus serait, suivant Ducoin, assez fréquente. Cet auteur écrit, en effet : « Sur 300 cancers opérés par nous, il y a 20 maladies de Reclus dégénérées, soit 6 % environ », et conclut : « Cette affection dégénère, une fois sur trois, si toutes les maladies de Reclus étaient diagnostiquées mais nous pensons qu'un très grand nombre passe inaperçu, ce qui réduit la proportion des cas

qui dégénèrent. Habituellement, la dégénérescence est tardive, 10 à 20 ans après la constatation de l'affection.

Maintenant, quelles seraient les causes ayant entraîné la cancérisation de cette maladie bilatérale étiquetée maladie bénigne? Dessaint insiste à ce propos sur le rôle du grand sympathique : « Le grand système vaso-moteur et régulateur, dont le fonctionnement est à base humorale. » « On pourrait, à la rigueur, montrer la succession d'une déficience endocrinienne agissant sur le sympathique ; lui-même, bilatéralement, agissant sur les seins parce qu'eux aussi déficients. »

Enfin, dans les cas où les tumeurs semblent s'être développées en totale indépendance on doit penser que cette bilatéralité est une simple coïncidence. Ce serait une double manifestation locale de la diathèse cancéreuse, et selon Verneuil, « il n'existerait en pareil cas d'autres liens entre les deux cancers que la cause générale qui les a fait naître. »

ETUDE CLINIQUE

Nous nous proposons, dans cet article, de passer rapidement en revue les diverses manifestations d'une néoplasie bilatérale du sein et nous distinguerons d'abord :

Le cancer aigu. — C'est la classique mastite carcinomateuse aiguë, heureusement rare, décrite par Klotz, puis par Volkmann; c'est l' « acute cancer » des auteurs anlais. Ce cancer apparaît le plus souvent chez des femmes jeunes, presque toujours au cours de la grossesse ou de l'allaitement. Il apparaît presque simultanément dans les deux seins et a une marche presque foudroyante.

Cliniquement, il se caractérise par des douleurs violentes, une tuméfaction diffuse des deux seins et augmente rapidement de volume. Sa consistance est ferme et on ne sent à la palpation aucune masse tumorale limitée.

L'évolution est d'allure nettement inflammatoire avec les signes cardinaux de l'inflammation, œdème, rougeur des téguments, chaleur locale. Les ganglions de l'aisselle sont précocement envahis et rattachés au sein par des traînées de lymphangite cancéreuse.

L'état général est très touché ; la fièvre est élevée, et les malades sont dans un véritable état typhoïde. La mort survient en quelques mois (en six semaines chez la malade de Billroth, en trente-huit jours chez celle d'Aitkin) et l'autopsie montre que le cancer est déjà généralisé.

Quant aux cancers « primitifs » qui atteignent une glande saine, qu'ils soient simultanés ou consécutifs, ils ont le même aspect clinique que les cancers unilatéraux, et on peut trouver toutes les variétés décrites à propos du cancer unilatéral; squirrhe, cancer encéphaloïde et toutes les variétés d'épithéliomas.

Les cancers doubles simultanés peuvent avoir une évolution tout à fait identique. Patel, de Lyon, rapporte l'histoire d'une femme présentant un squirrhe double du sein. Les deux tumeurs étaient apparues en même temps et en des points symétriques de la glande, elles avaient le même aspect clinique.

Dans d'autres cas, les deux tumeurs sont dissemblables et comme structure histologique et comme aspect clinique, différentes dans le volume ou dans la consistance, une tumeur étant dure et à contours nets, l'autre étant une induration diffuse de la glande.

Les formes à évolution lente

Dans ce cas, il faut distinguer les cancers en apparence primitifs qui sont les plus fréquents et ceux qui se développent sur une glande présentant depuis un temps plus ou moins long des altérations préalables.

Nous avons rapporté déjà une observation de Rousset et M^lle^ Gasne, signalant le cas d'une cancérisation secondaire d'une maladie de Reclus. Lenormant cite Costantini qui a vu un cancer mammaire bilatéral associé à des lésions anciennes de mastite chronique. Dans le même article, il cite Soupault qui a amputé à deux mois d'intervalle les deux seins d'une malade atteinte d'une maladie kystique et chez laquelle étaient apparus des noyaux indurés qui furent reconnus par l'examen anatomo-pathologique comme étant des noyaux d'épithélioma atypique. Est aussi cité un cas d'Hofhauser qui s'était développé sur des « formations fibro-glandulaires anciennes ». L'évolution, d'ailleurs, de ces tumeurs greffées sur

des altérations chroniques du sein semble avoir une marche relativement lente, n'envahissant que tardivement les ganglions lymphatiques. En somme, malignité moindre que celle des tumeurs primitives.

PRONOSTIC

Evidemment, le pronostic du cancer double du sein est un pronostic très sombre. Les malades qui sont atteintes de ces tumeurs semblent posséder un terrain particulièrement favorable à l'évolution du cancer, d'où une plus grande gravité du pronostic que dans les cancers unilatéraux. Cependant, cette gravité varie suivant la forme clinique du cancer double.

La mastite aiguë bilatérale des femmes enceintes ou des nourrices comporte un pronostic très rapidement fatal; on n'a jamais vu, en effet, guérir ces affections. Nous avons déjà relaté le cas d'Aitkin dont la malade est morte trente-huit jours après l'apparition de la tumeur.

Le cancer double simultané comporte lui aussi un pronostic particulièrement grave. D'après l'étude que fait Dessaint dans sa thèse, aucune des malades atteintes de cette affection n'ont dépassé une année de survie. Cependant, Jeannney et Mathey Cornat ont publié le cas d'une malade atteinte d'un squirrhe bilatéral dont le début remontait à dix ans. Meilleur est le pronostic des cancers qui se développent sur une affection chronique pré-existante de la mamelle, adéno-fibromatose ou maladie kystique de Reclus. Nombre d'auteurs établissent leur pronostic sur les ganglions lymphatiques rencontrés. Cependant, cette opinion n'est pas admise par Delbet pour qui la question des ganglions n'a qu'un intérêt restreint, car certains cancers ont des adénopathies satellites volumineuses et précoces; d'autres en ont très peu. Il en conclut à l'existence

de cancers lymphopiles et lymphophobes. De plus, souvent, lorsque le néoplasme est ulcéré il y a infection secondaire de la tumeur et retentissement inflammatoire sur les ganglions. Cette hypertrophie ganglionnaire signe alors une réaction banale et non une extension du processus cancéreux.

Nous pourrons résumer la question du pronostic dans le cancer bilatéral d'emblée en citant l'opinion de Mac Williams, qui résulte d'une vaste enquête. Cet auteur affirme : « Le cancer simultané a un pronostic très grave. La survie moyenne n'atteint pas à deux ans. »

Très sombre aussi est le pronostic dans le cas du cancer bilatéral successif. Et il semble que dans ce cas, plus l'apparition de la deuxième tumeur suit de près celle de la tumeur première, plus le pronostic est grave. Ces malades semblent être en état de moindre défense contre le cancer et la tumeur aura rapidement une évolution fatale. Cependant, si l'apparition de la deuxième tumeur se fait dans un temps assez long après l'apparition de la première, si un diagnostic précoce est posé, et si une extirpation totale est faite à temps, la malade se présente dans des conditions pronostiques analogues au cas d'un cancer unilatéral primitif. C'est le cas de la malade du professeur Jeanneney dont nous rapportons le cas dans notre observation n° VI : le 27 juin 1932, Willy Meyer à droite; le 4 juillet 1932, ablation du sein gauche. Guérison parfaite. Revue les 24 octobre 1932, 27 avril 1933 et 27 novembre 1933, et en novembre 1934 cette malade paraissait encore en parfaite santé, ne présentant aucun signe de récidive locale ou éloignée.

Ceci tendrait à prouver que le second cancer est bien une tumeur primitive. En effet, pas de métastase dans une autre région, différence du type histologique et allure clinique, et pronostic non nécessairement fatal qui devrait être celui d'une récidive d'un cancer unilatéral.

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif.

Nous poserons notre diagnostic sur les signes habituels d'un néoplasme du sein. Nous examinerons attentivement les deux glandes que nous palperons à plat, comme le veut Velpeau. Au nivau de la peau, nous rechercherons non seulement le phénomène de la peau d'orange qui traduit l'évolution d'un néoplasme déjà avancé, mais la ride dont parle Baumgartner, que l'on provoque en repoussant un segment de la glande. Nous examinerons aussi le mamelon, recherchant s'il n'est pas attiré dans la glande par l'infiltration cancéreuse, et s'il n'est le siège d'aucun écoulement séro-sanguinolent. Les creux axillaires droit et gauche seront aussi attentivement fouillés pour y déceler la présence de ganglions atteints par le processus cancéreux.

Diagnostic différentiel

D'abord, il faut éliminer l'*adénome*, qui, nous le savons, peut être bilatéral. Ces adénomes doivent d'ailleurs toujours être enlevés et examinés anatomo-pathologiquement. On sait en effet la fréquence de la dégénérescence maligne de ces vieux adénomes (observation n° 5).

Les diagnostics de syphilis scléro-gommeuse du sein ou de

tuberculose mammaire parfois bilatérale (Chauvin en a publié un cas) doivent être envisagés et, si besoin est, contrôlés par une biopsie. Difficile souvent est le diagnostic différentiel entre mammite chronique, souvent bilatérale et cancer. Cette affection en effet présente de nombreux points communs avec le cancer ; elle est irrégulière, rameuse, à retentissement ganglionnaire. Cependant, elle est sensible; il y a des poussées plus ou moins nettes au moment des règles. Dans ces cas où le doute peut subsister, nous croyons, résumant l'opinion de divers auteurs et en particulier celle de Dessaint dans sa thèse, que c'est une erreur que de s'abstenir. Un sein peut, en effet, être occupé par une volumineuse masse de mammite chronique, et être le siège, en un endroit très localisé, d'un épithélioma intra-canaliculaire. Ceci montre « l'imprudence des opérations économiques » non suivies d'un examen histologique approfondi (Jacoulet conseille à ce propos des coupes en série afin de déceler la localisation maligne toujours possible) et l'obligation pour le chirurgien d'exercer une surveillance attentive sur ses malades dont le sein opposé peut présenter des lésions analogues.

Le dernier diagnostic à faire sera celui de la maladie de Reclus, dont on connaît la symptomatologie caractéristique, sa bilatéralité et ses grains de plomb qui ne peuvent tromper. Les malades porteuses de pareilles lésions sont aussi étroitement à surveiller et dans notre chapitre pathogénique, nous avons relaté en particulier un cas de cancérisation de cette affection.

TRAITEMENT

Dans ce chapitre, nous nous proposons de nous attacher non à des techniques chirurgicales, mais seulement d'étudier les problèmes thérapeutiques soulevés par le cancer bilatéral du sein. Ainsi se pose la question: faut-il ou ne faut-il pas opérer? Faut-il enlever les deux seins dans une même séance, ou faire deux opérations séparées par un temps plus ou moins long?

Cancers opérables.

On opèrera toujours un cancer bilatéral d'emblée, lorsque le diagnostic aura été établi de bonne heure, lorsque la tumeur n'aura pas une allure particulièrement évolutive (mastite carcinomateuse aiguë) et lorsque l'examen somatique de la malade, clinique et radiologique, n'aura révélé aucune métastase éloignée, osseuse ou viscérale. De même, seront opérés radicalement les cancers ayant apparu dans le sein restant dans un temps plus ou moins long après l'ablation d'une première tumeur, toujours cependant avec les réserves énoncées plus haut de non généralisation.

Tout ceci, en somme n'a rien de particulier, faisant étroitement partie du cadre général des indications opératoires des tumeurs malignes. La seule question particulière, relative au cancer bilatéral du sein, est de savoir s'il faut amputer les

deux seins dans la même séance. Lenormant cite le cas de Wilmoth et aussi de Hofhauser qui ont réussi parfaitement cette opération. C'est aussi l'opinion de Patel, de Lyon, qui trouve dans ce cas l'intervention rapide, la perte de sang faible. Au cours de notre documentation sur la question, nous avons relevé une observation de Enrique Ciotola, de Lima, qui, à propos d'une maladie de Paget bilatérale, chez une malade de 12 ans, en 1932, a fait l'amputation des deux seins dans la même séance. Les suites furent normales et en décembre 1932 la malade était en franche convalescence.

Evidemment, c'est une opération qui peut se faire, chez des malades dont l'état général n'est pas trop atteint et ayant encore une résistance suffisante. Cependant, comme le préconise Lenormant, qui reconnaît que l'ablation large d'un cancer du sein, qui doit comporter la résections des deux pectoraux et une dissection attentive de l'aisselle, est une opération longue et qui n'est pas, malgré tout, sans quelque gravité, il est plus prudent de séparer les deux interventions par un intervalle de douze à quinze jours au moins. C'est aussi l'avis de notre maître, le Professeur Jeanneney qui, systématiquement, laisse s'écouler dix à douze jours entre les deux interventions.

En conclusion, le traitement du cancer bilatéral du sein sera une double opération de Willy Meyer faite à dix à douze jours d'intervalle.

Tumeurs non opérables.

Chaque fois que, pour des raisons variées (état trop avancé des lésions, refus absolu de la malade à se faire opérer, métastases multiples) il y aura contre-indication formelle du traitement chirurgical, on devra confier ces malades au radiothérapeute. Evidemment, ni le traitement par les rayons X., ni même la Rœntgenthérapie pénétrante ne pourront amener la guérison du cancer. Cependant un traitement bien réglé pourra amener une certaine rétrocession des symptômes et prolonger

la vie de ces malades. A ce sujet, à propos de la malade dont nous rapportons l'histoire dans l'observation n° IV, nous indiquerons la technique suivie au centre anti-cancéreux de Bordeaux. Le traitement consiste en séances quotidiennes et alternées sur chaque sein, séances de trente minutes à une heure. Chez cette malade, ce traitement a amené une cessation très nette des douleurs et des hémorragies ainsi qu'une certaine diminution de volume de la tumeur.

Enfin, il nous paraît utile, chez des malades ayant subi l'ablation d'un néoplasme du sein, de diminuer les chances de récidive, en faisant à intervalles éloignés quelques séances de Rœntgenthérapie, comme il a été fait pour la malade du Professeur Jeanneney (observation n° VI).

Certaines méthodes préconisées à propos du cancer du sein inopérable, sont encore à mettre au point; ainsi, la double ovariotomie proposée par Beatson, Benassy, etc., est très discutée. Seul, le cancer se développant chez une jeune femme, enceinte ou nourrice, et surtout la carcinomatose aiguë bilatérale, peut bénéficier avantageusement de l'irradiation des ovaires qu'a conseillé Costantini.

OBSERVATIONS

Observation N° 1

Résumé de l'article du Journal de Médecine de Bordeaux du 10 février 1933 (professeur Jeanneney)

Mlle B..., 27 ans, comptable, présente un adenofibrome dans chaque sein, plus volumineux à gauche.

Examen : Jeune fille pâle, lymphatique, quelques signes d'insuffisance hépatique, ancienne crise de lithiase rénale. Bien réglée, quelques pertes blanches. Appétit bon, malade constipée, a une haleine fétide, quelques palpitations et quelques vertiges.

29 *octobre* 1928 : Opération et ablation d'un « fibro adenome végétant intra canaliculaire (sein gauche).

17 *avril* 1929 : Opération de Willy Meyer (sein gauche). La tumeur était un « fibro-adénome végétant intra-canaliculaire avec hyperplasie considérable de la couche myoépithéliale.

30 *avril* 1930 : Ablation au bistouri électrique de deux nodules. Le laboratoire répond « fibro-adénome végétant ».

Août 1931 : Exérèse au bistouri électrique d'une nouvelle récidive.

14 *mai* 1932 : Exérèse d'une petite tumeur encapsulée, siégeant dans le sein droit. « Adenome péri-canaliculaire » et récidive à gauche. Cette fois, il s'agit d'une sarcomatose à cellules ovalaires et fusiformes.

Novembre 1932 : Récidive enlevée au bistouri électrique.

Janvier 1933 : Deux récidives enlevées.

Février 1933 : Résection de deux côtes (5e et 6e) où la tumeur adhérait.

En résumé, cette malade a été opérée six fois pour des récidives in situ d'une tumeur en apparence bénigne qui s'est peu à peu transformée en lésion maligne et dont les récidives permettaient d'ailleurs de soupçonner la malignité clinique.

*
* *

Observation N° 2 (Inédite)

Due à l'obligeance du professeur Jeanneney

Louise S..., 65 ans, vient consulter, le 11 mai 1933, parce-qu'elle présente un noyau *ulcéré* dans le sein droit.

Antécédents héréditaires : Père mort à 78 ans. Mère morte à 65 ans, de fluxion de poitrine.

Antécédents collatéraux : Une sœur morte de pneumonie; un frère mort de néoplasme de la prostate; un frère bien portant.

Antécédents personnels : Rhumatisme chronique.

Antécédents génitaux : Réglée à 15 ans, règles douloureuses, ménopause à 58 ans. *Sein gauche enlevé en août* 1930 *par le professeur Loubat.*

Présente un nodule dans le sein restant, tumeur dure et ulcérée.

17 *mai* 1933 : Willy Meyer. Curage au thermo. Très nombreux ganglions durs, plaqués contre la veine axillaire qu'on doit réséquer, ainsi qu'une branche artérielle importante.

Néoplasme à la coupe, toute la glande est envahie.

Examen : Professeur Sabrazès : Epithelioma à cellules cubo cylindriques ayant suscité une réaction fibreuse du stroma. Peu de lymphocytose, mitoses peu nombreuses, pas de caractères secrétoires. Tumeur médiocrement radio-sensible.

Au 6e jour, tétanos suraigu et mort en 48 heures (était en incubation de tétanos).

*
* *

Observation N° 3

Due à l'obligeance du professeur Jeanneney

Rosalie D..., 58 ans, ménagère. Vient parce qu'elle présente dans le sein droit une masse suspecte, pour laquelle on pose le diagnostic de cancer du sein.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents collatéraux: R. A. S.

Antécédents personnels : Phlébite post partum. Abcès du sein.

Antécédents génitaux : Réglée à 11 ans, règles douloureuses, pas de pertes blanches. Deux grossesses, deux filles. A nourri. Une fausse couche, ménopausée à 50 ans. Mari bien portant.

Willy Meyer, en février 1929, amputation du sein.

Revue le 2 octobre 1930, a eu une crise de dyspepsie hyperacide.

Revue le 27 août 1931 : petite grosseur dans le sein gauche. Accident d'auto le 25 juin 1931. Traumatisme du sein restant avec hématome. Constatation en août 1931 d'un nodule dans le sein droit du volume d'une noix.

29 *novembre* 1931 (Sabrazès) : Le prélèvement provenant d'une cicatrice de tumeur du sein opérée montre une métastase infiltrante procédant par petits foyers épithéliaux à cellules cubiques. Les cellules sont tantôt essaimées à l'état dissocié, tantôt disposées en séries linéaires rubannées — cellules de mitoses — stroma de nature peu dense.

Reste guérie.

*
* *

Observation N° 4 (Inédite)

Due à l'obligeance du professeur Réchou,
Centre anticancéreux de Bordeaux

Mme J..., 34 ans, ménagère. Vient en septembre 1934 consulter pour deux volumineuses tumeurs du sein.

Histoire de la maladie : Tumeur du volume d'une noix à la partie interne du sein gauche. La tumeur n'augmente pas de volume, mais s'ulcère en mai, saigne constamment. La malade refuse le traitement chirurgical et en septembre 1934, le sein droit devient le siège de nodules indurés. Entre à ce moment à Bergonié.

Examen : Sein gauche envahi par une masse bourgeonnante ulcérée et infectée.

Sein droit : Criblé de nodules indurés prêts à s'ulcérer.

Adénopathies axillaires bi-latérales.

La gravité des lésions indiquent un traitement uniquement radio-thérapique (Chavannaz et Vangermez).

Examen anatomo pathologique (professeur Sabrazès : Epithélioma procédant (par travées, peu de muciparité, mitoses peu nombreuses).

(Dr Charbonnier)

Traitement : Rœngenthérapie pénétrante à 200 kil. volts, avec filtration : 2 millimètres de Cu ; 1 millimètre d'Al.

Séances de 1/2 à 1 heure quotidiennes et alternées sur chaque sein pour arriver à une dose de 2.500 r. par champ.

Résultat : Cessation des douleurs et des hémmoragies.

Nous avons revu cette malade le 3 décembre. Elle est considérablement améliorée. Les deux tumeurs ont diminué de volume, les hémorragies ont complètement cessé et les douleurs ont disparu.

*
* *

Observation N° 5 (Inédite)

Due à l'obligeance du docteur Renon

Mme S... a eu un enfant nourri au sein. Persistance de petits nodules de mammite chronique qui n'ont jamais inquiété la malade.

Au début de janvier 1927, dans le sein gauche, la malade remarque une tumeur allongée dont les dimensions sont de l'ordre de celles d'une grosse olive, dure, non adhérente à la peau ou aux plans profonds. Pas d'écoulement anormal, par le mamelon. Pas d'adénopathie axillaire, rien au sein droit. Le 10 février 1927, sous anesthésie générale, ablation (docteur Coulomb) du sein gauche avec curage ganglionnaire. A la coupe, tumeur polykystique à liquide clair.

Examen anatomo-pathologique (Dr Gauran) : Multiples formations kystiques à type galactophore ou sudoripare axillaire donnant, dans l'ensemble, une image de maladie kystique. Par ailleurs, les groupes acineux sont remaniés et dissociés par de la sclérose. On n'y note pas de figures épithéliomateuses. Les suites opératoires ont été normales.

*
* *

En août 1927, au niveau du sein droit, Mme S... remarque une tumeur présentant les mêmes caractères qu'à gauche. Le 4 octobre 1927, sous anesthésie générale, ablation du sein sans curage ganglionnaire. Même aspect macroscopique et microscopique de la tumeur. Les suites opératoires sont normales.

Actuellement, 26 février 1934, bon état local. A gauche, cicatrice rétractile limitant légèrement le mouvement d'élévation du bras. Pas d'adénopathie.

Dr Ch. Renon.

*
* *

Observation N° 6

Due à l'obligeance du professeur Jeanneney

Mme Angèle D..., 66 ans.

Histoire de la maladie : Présente depuis 20 ans une masse dans le sein droit, du volume d'une noix, qui a durci depuis un an. Cette tumeur s'accompagne d'une adénopathie axillaire importante.

Depuis 5 ans, apparition d'une grosseur identique dans le sein gauche, sans adénopathie.

Diagnostic : Cancer double du sein.

Opération : Professeur Jeanneney.

27 *juin* 1932 : Willy Meyer à droite. Néoplasme très envahissant. Adénopathie axillaire importante rendant le curage de l'aisselle très difficile.

4 *juillet* 1932 : Ablation du sein gauche et de la tumeur qui adhère à l'aponévrose du grand pectoral. Dissection au thermocautère. A la coupe, la tumeur fait manifestement partie de la glande. Il ne s'agit pas d'une métastase du sein opposé, mais bien d'un cancer du sein gauche. Néanmoins, on ne fait pas de Willy Meyer, étant donné le siège de la lésion et l'absence de ganglions.

Revue le 24 *octobre* 1932 : Très bon état local et général.

Revue le 27 *avril* 1933 : Très bon état local, a engraissé de 400 grammes.

Revue le 27 *novembre* 1933 : Petite ulcération au niveau d'une cicatrice sans caractères graves. Traitée par pommade « Insulanol ».

Revue en *octobre* 1934 : Reste bien guérie.

*
* *

Observation N° 7 (Inédite)

Due à l'obligeance du docteur Jean Villar chirurgien des hôpitaux

Mme D..., 62 ans, vient consulter parce qu'elle présente une volumineuse tumeur au niveau de chaque sein.

Malade de 62 ans, sans antécédents pathologiques bien nets, ménauposée déjà depuis 12 ans, 2 enfants bien portants.

Il y a huit mois que progressivement le sein droit s'est mis à augmenter de volume, sans douleur, sans altération marquée de l'état général, sans écoulement par le mamelon. Depuis 3 mois, le sein gauche à son tour se met à grossir très rapidement. Le docteur Stanislas la confie au docteur Jean Villar, qui l'examine le 21 février 1933.

On trouve au niveau des deux seins un volumineux cancer massif, prenant toute la glande, avec infiltration cutanée étendue et rétraction du mamelon. La malade est courtaude et obèse, et ses deux seins énormes légèrement violacés font un volume impressionnant. L'exploration des aisselles y montre une véritable tumeur ganglionnaire secondaire. Il existe en particulier, dans l'aisselle droite, une métastase ganglionnaire du volume des deux poings. Cependant, les deux seins restent mobiles sur la paroi thoracique, de même les ganglions infectés ne sont pas fixés dans la profondeur.

Examen général : L'oscillomètre montre une tension de 20-10. Analyse d'urine négative, mais le dosage de l'urée permet de déceler 0 gr. 70 d'urée sanguine, qui après huit jours de régime n'est descendue qu'à 0,50.

Dans ces conditions, le docteur Jean Villar hésite devant l'intervention, puis s'y décide sur les instances de la malade et aussi son état désespéré si on l'abandonne sans intervention. Il envisage d'abord l'extirpation bi-latérale en un seul temps, par une incision horizontale, sous claviculaire et réunion seconde, après dissection et relèvement d'un lambeau abdominal. Mais le volume de la tumeur le font reculer devant cette décision et préférer l'extirpation en deux temps.

Opération le 8 mars 1933 (aide, J. Traissac) :

Anesthésie au chlorure d'éthyle général (Balans), Willy Meyer typique du côté droit. On extirpe une énorme tumeur et une tumeur ganglionnaire non moins volumineuse. Le tout sans difficulté, sans hémorragies, et on peut quoique péniblement procéder à la suture primitive de la plaie.

Suites opératoires : D'abord excellentes, pas de choc, la malade se lève le troisième jour. Au niveau de la plaie, hématome assez considérable, qui se draine bien. Pas de suppuration, mais température entre 38° et 39°, presque immédiatement, sans allure inflammatoire.

Vers le onzième jour, avec une plaie en bon état, et toujours pyrétique, la malade entre dans le coma urémique, avec oligurie, puis anurie, œdème généralisé, et meurt le douzième jour (20 mars 1933).

Examen histologique : L'examen anatomo pathologique de la tumeur permet de conclure à un cancer massif et envahissement ganglionnaire.

Conclusion : Cancer double du sein, ayant eu une apparition presque simultanée, à allure excessivement rapide, pour lequel tout traitement était incapable d'avoir un résultat; la malade étant condamnée d'avance par l'état de son rein.

*
* *

Observation N° 8 (Inédite)

Due à l'obligeance du professeur Jeanneney

Mme Angèle L... Vient le 27 mars pour tumeur siégeant dans les deux seins.

Antécédents héréditaires : Mère morte à 78 ans; père mort à 54 ans.

Antécédents collatéraux : Un frère vivant bien portant.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde, congestion pulmonaire, rhumatisme, brûlure phéniquée de la cuisse.

Antécédents génitaux : Réglée à 15 ans, durée des règles

4 jours. Depuis l'âge de 30 ans, durent 10 jours. Ménopause à 51 ans. Pas de grossesse.

Antécédents nerveux : Changement de caractère, devenue irritable, a maigri.

Histoire de la maladie : Grosseur depuis 7 mois dans les deux seins. Grosses adénopathies bi-latérales, œdème des mains depuis 3 mois.

Diagnostic : Cancer massif des deux seins.

L'état de la malade ne permet que de conseiller qu'un traitement radiothérapique, qui d'ailleurs n'a que très peu d'action sur cette tumeur très évolutive et la malade meurt en mai 1933.

CONCLUSIONS

Les cancers bilatéraux du sein sont des cancers rares. Ils peuvent apparaître dans les deux seins, en même temps (cancers dits simultanés) ou l'un après l'autre (cancers successifs). Dans ce deuxième cas, la deuxième tumeur peut être une métastase de la tumeur première ou bien se comporter comme une vraie tumeur primitive.

Il semble que la bilatéralité de la localisation néoplasique, provienne d'un terrain local ou général particulièrement réceptif à l'évolution du cancer. Ces malades possèdent, semble-t-il, soit des lésions dysembryoplasiques congénitales du sein (maladie kystique de Reclus), soit un terrain général cancérophile, soit des lésions dues au non fonctionnement de la glande, nulliparité, non allaitement.

Le pronostic du cancer bilatéral est sombre; cependant il peut être amélioré par un traitement chirurgical précoce. Influe aussi la variété de la tumeur, les cancers indépendants ayant une évolution plus longue.

Le traitement de choix, quand il sera possible (absence de signes de généralisation) sera une double opération de Willy Meyer qui sera faite de dix à douze jours d'intervalle.

Vu:
Le Doyen,
O. Mauriac.

Vu, bon a imprimer :
Le *Président,*
Jeanneney.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 4 décembre 1934,
Le Recteur de l'Académie,
A. Terracher.

BIBLIOGRAPHIE

Aitkin. — Epithélioma simultané des deux seins. *Med. Times and gaz.*, 1857, t. II, page 359.

Baumgartner. — Maladies de la mamelle (*in traité* de) « Le Dentu et Delbet.

Béguoin. — Le cancer du sein est-il guérissable par la radiothérapie. *Société de méd. et chir.*, Bordeaux, nov. 33.

Benassy. — Cancer bi-latéral du sein. Thèse de Paris, 1913.

Billroth. — Die Krankheit dur Brustdrusen. *Deutch. Chir.*, Stuggart, 1880.

Ciotola (Lima). — Maladie de Paget bilatérale. *Revue de méd. et chir. sud-américaine.* T., IV, 1933.

Costantini. — « Contributo allo studio del cancera bilaterale del seno ». *La clinica chirurgica*, IV, XXXI, février 1928.

Delbet et Mendaro. — Les cancers du sein. Masson 1930.

Dessaint. — Cancer mammaire bilatéral. Thèse de Paris, 1929.

Encyclopédie médico-chirurgicale. — Article « mamelles ».

Erlich. — Primares mamma carcinome. *Arch. für Klinische chirurg.*, Berlin, 1909, p. 742.

Guyot et Ichon. — Sur un cas d'épithélioma mammaire. *Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 8-3-1924.

Handley. — Cancer of the breast, p. 32.

Jeanneney et Mathey Cornat. — *Soc. méd. clin. de Bordeaux*, 10-10-24. Cancer mammaire et permeation pariétale.

Jeanneney. — Tumeur récidivante (6 fois) du sein. *Journal de Médecine de Bordeaux*, Février 1933.

Kiraly. — Adénome des deux seins. *Gaz. des Hôpitaux.* n° 105, 29 déc. 1928.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie clinique et opératoire. T. IV.

Le Dentu et Morestin. — Epithelioma des deux mamelles. *Rev. chirurgic.*, Avril 1900.

Lecène. — Cancer simultané des deux seins. *Société Annat.*, 1900; *Pathologie chirurgicale*, 1928.

Lenthal-Cheatle. — Desquamative and dysgenetic epithélial hyperplasies in the breast. *British Journal of Surgery*, Janv. 1926.

— Precancerous condition of the Breast. *The Cancer Review*. Février 1930, page 86.

Lenormant. — Le cancer bilatéral du sein. *Progrès Médical*, 10 mars 1934.

Leo. — Cancer mammaire double simultané. *Gazetta Digli opedali c. delle cliniche.* T. LI, page 64, mai 1930.

Lory. — Tumeur végétante intra-kystique. *Soc. annat.*, 29-5-20.

Ménétrier. — Pathogénie des cancers. *Monde Médical*, n° 647.

Montpellier et Assam. — Les néoplasmes. Mars-Avril 1930, p. 74.

Morestin. — Cancer des deux seins. *Soc. d'Ann.*, Février 1910.

Mornard. — Lymphatiques de la mamelle. *Journal de chirurgie*, 1916.

Moran (H.-M.). — Bilateral cancer of the Breast. *Health, cancer supplement.* Août 1930.

Oelesner. — *Med. Diss. Breslau. Arch. f. Klin.*, 1901, Bd. 64, p. 134.

Parkes Weber, Schwarz, Hellenschimied. — *British, Medical Journal*, 22 mars 1930, p. 538.

Patel. — Epithélioma double des seins. *Soc. Chir. de Lyon*, 31-1-24.

Rieffel (Henri). — De quelques points relatifs aux récidives et aux généralisations du cancer du sein chez la femme. Thèse Paris, 1890.

Roffo. — Diagnostico biologico del cancer. *Arch de méd. et chir. espagnoles.* T. XXXVI, n° 45, 11 nov. 33.

ROUSSET et Mme GASNE. — Dégénérescence cancéreuse d'une maladie de Reclus. *Ann. Anat. Patholog.*, mars 1934.

STELLE (C.-W.). — Tumeurs du testicule. *Arch. of Surgery.* Vol. 28, n° 1. Janv. 34, pages 1 à 11.

VAUVERTS. — Cancer à deux seins. *Presse Médicale*, 15 mai 1926.

WILLIAMS. — Bilatéral mammary cancer operation. *Annales of Surgery*, Phila., Juillet 1925.

Imprimerie BRUSAU FRÈRES, 143, Rue d'Arès, Bordeaux